CONSIDÉRATIONS

N° 222.

SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT

DES

TUMEURS ET FISTULES DU SAC LACRYMAL,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 *août* 1830, *pour obtenir le grade de docteur en médecine;*

PAR JEAN-BAPTISTE-ALPHONSE PEIFFER, de Lyon,

Département du Rhône;

Ancien Élève de l'École pratique de Paris; Élève interne des hôpitaux de Lyon.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1830.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Président.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Suppléant.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry, *Examinateur.*
Cloquet.	Rochoux, *Examinateur.*
Cottereau.	Sandras.
Dance, *Suppléant.*	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Tribut de piété filiale.

A MON ONCLE MARTIN.

A MONSIEUR GENSOUL,

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, Professeur de clinique chirurgicale et d'opérations.

Hommage d'une profonde reconnaissance.

A. PEIFFER.

CONSIDÉRATIONS

SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT

DES

TUMEURS ET FISTULES DU SAC LACRYMAL.

Il a paru sur les maladies des voies lacrymales un si grand nombre d'ouvrages et de dissertations, tant d'opinions ont été émises sur leur nature, tant de méthodes et de procédés imaginés pour les guérir, que je ne puis épuiser ce sujet sans dépasser les bornes d'une dissertation inaugurale. D'ailleurs qu'est-il besoin de répéter ce qu'on trouve partout, et ce que mes juges ne supposent peut-être pas que j'ignore ? Je ne veux pas non plus faire l'annonce d'une doctrine ou d'une méthode qui me soit propre, parce que je n'ai pas l'orgueil de prétendre instruire mes maîtres, et que je ne suis pas appelé à faire preuve de génie ni même d'imagination, mais d'instruction et de jugement, seules conditions imposées à celui qui veut entrer dans la carrière médicale.

J'étudierai la nature des maladies des voies lacrymales, qui seule peut nous dicter les indications à remplir.

Je discuterai les indications établies par les maîtres de l'art, et ferai mon choix.

Je comparerai les procédés propres à les remplir, et, parmi eux, s'il en est un qui me paraisse avoir sur tous les autres une prééminence marquée, peut-être serai-je assez heureux pour convaincre mes juges que ce n'est ni la prévention pour ce qu'on a vu faire et ce qu'on a fréquemment exécuté soi-même, ni la reconnaissance et l'amitié qui nous engagent, souvent à notre insu, à faire valoir comme les meilleurs les préceptes d'un maître qui nous est cher, ni une sorte de mandat donné par ce dernier à son élève, mais le raisonnement et un peu d'expérience qui, ayant produit seuls ma conviction, ont seuls aussi dirigé ma plume.

En lisant quelques ouvrages, tant anciens que récens, qui traitent de la fistule lacrymale ou de son histoire, j'ai cru reconnaître que celle-ci se divisait naturellement en trois périodes assez distinctes.

La première, la plus longue de toutes, peut-être parce qu'elle est la moins connue, s'étend depuis *Celse*, le plus ancien auteur qui ait parlé de l'abcès du grand angle de l'œil, jusqu'au commencement du dix-huitième siècle, époque vers laquelle les travaux d'*Anel*, de *Petit* et de *Woolhouse* imprimèrent à cette partie de la chirurgie une direction nouvelle.

Jusqu'à *Vésale* et *Fallope*, qui décrivirent les premiers les voies lacrymales, les chirurgiens ne purent connaître complètement la nature des maladies de cet appareil, ni saisir toutes leurs indications. Ils n'y virent qu'un abcès affectant pour siége spécial le grand angle de l'œil, rongeant l'unguis, se terminant, comme la plupart des autres, par un trajet fistuleux qu'entretiennent ensuite les callosités et la carie. De là, la pratique nuisible de détruire les callosités, d'exciser le prétendu sinus, qui n'est autre que le sac lacrymal lui-même. Mais parce qu'ils commençaient souvent par combattre l'inflammation, qu'ils prévenaient par l'incision l'ouverture spontanée de l'anchilops, probablement enfin parce qu'en détruisant l'os qu'ils croyaient carié, ils ouvraient, sans s'en douter, une route artificielle

aux larmes, ils obtenaient sans doute des succès assez nombreux; car je ne me persuade pas que, si des méthodes semblables n'eussent amené que des revers, le précepte d'y recourir se fût transmis de génération en génération pendant un si grand nombre de siècles.

Il semble que la connaissance des voies lacrymales et de leur structure ait dû faire une révolution rapide dans le traitement de l'anchilops. Il n'en fut rien pourtant, soit parce que les découvertes, même les plus faciles à vérifier, ne s'établissent pas sans quelque opposition; soit parce que, si les vérités pratiques ont souvent précédé les vérités scientifiques par lesquelles il semblerait qu'elles eussent dû être inspirées, souvent aussi le contraire a eu lieu, et les dernières ont tardé des siècles à porter leurs fruits.

Ainsi, pendant la dernière moitié du seizième siècle et pendant tout le dix-septième, les chirurgiens continuèrent à considérer la tumeur lacrymale comme un abcès développé au grand angle de l'œil; seulement quelques-uns crurent reconnaître que le pus s'ouvrait fréquemment un accès dans le sac : on excisa rarement celui-ci; mais on perdit du temps à disserter du choix des caustiques propres à détruire les callosités de la fistule et les végétations du sac; on disputa pour savoir s'il fallait détruire l'unguis avec le cautère potentiel ou actuel, pendant qu'il aurait fallu, comme le dit M. *Demours*, se demander si l'os est mis à nu une fois sur cent; et dans le cas où cela arrive, s'il est carié une fois sur vingt. La connaissance des voies lacrymales sembla donner plus de crédit à la compression, déjà conseillée par les Arabes.

Vers les premières années du dix-huitième siècle, les mêmes idées régnaient encore, et je m'étonne de voir *Maître-Jean*, dont les préceptes sont assez sages, avoir sur la nature de l'anchilops l'opinion que j'ai fait connaître.

Enfin commence la seconde période. *Anel*, fondé sur une connaissance fort exacte des voies lacrymales, imagina d'introduire une sonde fine dans les points lacrymaux, de désobstruer par ce moyen le canal nasal, et de porter par la même voie des médicamens dans le sac. Cer-

tes, cette méthode est si ingénieuse, si bien fondée sur la nature du mal à combattre, qu'on aurait peine à concevoir qu'elle eût été attaquée avec tant d'acharnement, si l'on ne savait que tel est le sort de toutes les inventions simples, utiles et propres à faire révolution. Il consigna, en 1713, sa découverte dans un très-petit volume, dont les trois quarts sont à dédaigner.

Woolhouse, conduit encore par la connaissance des organes et de la maladie, imagina de suppléer au canal nasal obstrué par une voie artificielle, et l'intention de *Woolhouse* devait être si différente de celle des chirurgiens dont parle *Paul* d'Égine, que je ne m'empresse pas, à l'exemple des érudits, de réclamer pour eux la priorité.

J.-L. Petit, après l'exposition d'une théorie qui n'est pas à l'abri d'objections solides, établit que presque constamment les tumeur et fistule lacrymales dépendent d'une obstruction du canal nasal qui force les larmes à séjourner dans le sac; aussi donne-t-il un des premiers le précepte de s'attacher à désobstruer et dilater ce conduit. (Metzger, *Curationum*, etc., *Historia critica*, 1772; et Sprengel, Histoire de la médecine, t. 7.)

Toute l'histoire de cette période est là. C'est à modifier ces trois méthodes qu'elle s'est consumée tout entière; à peine remarquait-on le procédé ingénieux de *Laforest;* et lorsqu'on en faisait mention, c'était pour donner de faibles et inutiles éloges à son auteur, souvent pour en attribuer l'honneur à *Bianchi*, à qui il n'en revient qu'une petite part, et répéter les argumens accumulés par *Morgagni* dans sa sixième critique, ou encore l'énumération des obstacles exposés par *Laforest* lui-même dans son mémoire. Je ne m'arrêterai point aux modifications apportées aux procédés de *Woolhouse* et *Petit*, parce qu'on peut en voir la description non-seulement dans les livres originaux, mais encore dans les excellens écrits de *Sabatier*, de M. *Boyer* et de M. *Richerand*, et dans ceux de leurs nombreux imitateurs.

J'arrive à la troisième période. *Schmidt* fit faire un nouveau pas, en considérant l'inflammation de la membrane muqueuse des voies lacrymales comme le principal élément de la maladie et la source

la plus féconde des indications; il créa même, pour représenter les diverses formes ou espèces de tumeur lacrymale, des noms qui ont l'avantage de rappeler à l'esprit du chirurgien la cause de la maladie et de la tumeur qui en est un symptôme. Depuis, les professeurs *Beer* et *Walter*, MM. *Neiss* et *Martini*, dont je citerai les dissertations; *Mac-Kensie* en Angleterre; *Weller*, traduit depuis peu dans notre langue, et la plupart des ophthalmologistes allemands, ont suivi l'impulsion donnée par *Schmidt*. En France, depuis que la doctrine de l'irritation a fait chercher dans presque toutes les maladies un caractère inflammatoire, on a écrit souvent que la tumeur lacrymale reconnaissait pour cause l'inflammation de la muqueuse; mais je ne vois pas que cette considération ait inspiré à la plupart des chirurgiens les conséquences pratiques qui semblent devoir en découler; presque tous ont continué routinièrement à louer les procédés de leurs maîtres, quelques propres que soient ces méthodes de traitement à accroître l'altération qu'ils reconnaissent constituer la maladie. M. *Lisfranc*, un des premiers, et presque seul en France, s'est efforcé d'attaquer le mal par les antiphlogistiques, qui lui ont donné de nombreux succès.

Je ne prétends pas dire que jamais avant les travaux modernes on n'eût aperçu que l'inflammation complique souvent la tumeur lacrymale; les œuvres de *Celse*, de *Montagnana*, de *Maître-Jean*, de *Janin*, en un mot presque tous les auteurs des siècles passés, déposeraient contre moi; mais je pense que c'est seulement dans notre siècle qu'on a attribué à l'inflammation le rôle qu'elle joue réellement dans cette affection, et qu'on a eu l'idée d'en faire découler les principales indications.

Classification. Dans une assez bonne dissertation de M. *Martini*, on trouve une classification méthodique des maladies des voies lacrymales rangées d'après leur caractère inflammatoire plus ou moins prononcé. Mais de simples degrés y sont pris pour des espèces différentes; quelques-unes de ces dernières me paraissent imaginaires; enfin il y a quelques omissions importantes. Les autres classifications que je trouve

dans les auteurs, quelque bonnes d'ailleurs qu'elles puissent être, ne s'accordent pas avec les principes que je cherche à développer; aussi ai-je cru pouvoir me hasarder à faire un cadre qui ne fût exactement emprunté à aucun auteur.

I. Les divers états du sac lacrymal, qui déterminent la formation d'une tumeur au grand angle de l'œil, peuvent dépendre de l'inflammation des parois mêmes du sac sans obstruction sensible de ses orifices.

Cette inflammation varie par sa marche; elle peut être aiguë. C'est la dacryo-cystite des ophthalmologistes allemands, qui peut revêtir deux formes.

A. *Catarrhale.* Elle a pour effet immédiat et apparent d'augmenter la consistance et la quantité de l'humeur naturellement sécrétée par la muqueuse dacryo-cystique. Elle peut se terminer par résolution; et alors la tumeur, qui en est un symptôme, disparaît avec elle.

B. *Phlegmoneuse.* L'inflammation plus intense de la muqueuse se propage au tissu cellulaire environnant, et s'accompagne de tous les phénomènes d'un véritable phlegmon. C'est l'anchilops des anciens, qui se termine si fréquemment par un égilops.

Ces deux variétés de la dacryo-cystite aiguë peuvent alterner ensemble.

Les causes qui les déterminent sont quelquefois connues, plus souvent inconnues, comme celles de la plupart des phlegmasies; elles peuvent consister en des lésions physiques, dans une inflammation de la muqueuse de l'œil, du nez, ou dans celle du tégument externe de la paupière.

L'inflammation chronique peut être :

A. *Catarrhale.* C'est la blennorrhée du sac lacrymal, ou la dacryo-blennorrhée des auteurs allemands. Elle consiste dans une sécrétion abondante d'un mucus plus ou moins altéré, sans aucun des phénomènes de réaction qui accompagnent l'inflammation aiguë. C'est peut-être la forme la plus fréquente.

B. *Ulcéreuse.* Les anciens supposaient toujours l'ulcération du sac ; cependant cette altération est rare ; elle n'est, le plus souvent, qu'un progrès ou qu'une complication du catarrhe du sac.

C. *Avec carie.* Cette altération constitue aussi plutôt une complication rare qu'une espèce particulière.

L'inflammation chronique peut succéder à une inflammation très-aiguë ; mais, souvent aussi, elle ne paraît pas précédée de ce dernier état, soit que celui-ci, souvent très-peu développé et de courte durée, échappe à l'observation, soit qu'il n'ait réellement eu lieu à aucune époque de la maladie.

La dacryo-blennorrhée se développe souvent par continuité à la suite d'une ophthalmie chronique catarrhale (*flux palpébral* de Scarpa), ou de coryzas répétés ; souvent encore elle date de l'époque d'une fièvre éruptive, qui s'est compliquée de l'inflammation de la conjonctive et de la muqueuse du nez ; elle peut, enfin, être sous la dépendance d'une diathèse ou vice général, tel que le scrophule, l'affection dartreuse, etc.

Souvent la tumeur lacrymale, soit aiguë, soit chronique, s'annonce par la rougeur de la peau et une saillie à peine sensible, qui peut dépendre de l'épaississement des parois du sac. D'autres fois, elle offre un volume assez considérable, produit par l'accumulation d'un fluide dans les parties supérieures des voies lacrymales. Mais, souvent alors, il suffit de la comprimer légèrement avec le doigt pour la faire disparaître, et déterminer l'écoulement des larmes et du mucus par les points lacrymaux et le canal nasal. Ici donc, l'obstruction des orifices, si elle existe, est bien faible, puisque le plus léger effort peut la surmonter. Dans ce cas, la stase du fluide dans le sac paraît d'une explication difficile. Souvent, sans doute, elle dépend d'un léger boursoufflement de la muqueuse du canal nasal ; mais ne peut-on pas aussi l'attribuer, avec quelque probabilité, à l'épaississement et à l'abondance des mucosités, qui ne peuvent plus être suffisamment délayées et divisées dans les larmes, dont la quantité reste la même que dans l'état naturel, ou du moins n'augmente pas

dans une aussi grande proportion; à ce que le sac, acquérant plus de volume, et s'élevant beaucoup au-dessus du muscle de *Horner* et de l'insertion du palpébral au rebord de l'apophyse du maxillaire, échappe à l'action de ces organes, qui remplissent, par rapport à lui, les mêmes fonctions que les muscles abdominaux par rapport à la vessie; enfin, dans le plus grand nombre de cas, au concours de plusieurs de ces causes réunies?

Il n'est pas rare, il est vrai, que la tumeur refuse de se vider sous la pression du doigt : c'est surtout ce que l'on observe, lorsque la dacryo-cystite est très-inflammatoire; c'est qu'alors les conduits lacrymaux et le canal nasal participent plus ou moins à l'inflammation des voies lacrymales, et que celle-ci rétrécit leur cavité; il y a obstacle au cours des larmes, comme dans l'espèce que nous allons étudier.

II. *Tumeur du sac dépendant d'un obstacle.*

1°. *Des voies lacrymales.* C'est, je crois, *J.-L. Petit* qui, le premier, a démontré que la tumeur lacrymale pouvait dépendre de l'obstruction des conduits lacrymaux. On conçoit, en effet que, lorsque les larmes ne coulent plus dans le sac lacrymal, deux causes peuvent concourir à la stase du fluide; d'abord, la consistance trop grande des mucosités, qui a besoin d'être diminuée par son mélange avec le fluide lacrymal; ensuite la privation de cette impulsion *à tergo*, que la force absorbante de ces conduits, quel qu'en soit, du reste, le mécanisme, doit, dans l'état naturel, imprimer au liquide contenu dans le sac.

2°. *Dans le canal nasal.* Tantôt l'obstacle réside en dehors de l'orifice inférieur, qui est bouché par une tumeur de la fosse nasale, ou par un corps étranger, comme dans le cas où, suivant *Weller*, un noyau de cerise s'était engagé sous le cornet inférieur; tantôt il existe sur son trajet et en dehors du tube membraneux, qu'il comprime, comme dans le cas d'exostose, de fracture de l'apophyse du maxillaire avec

enfoncement ; tantôt en dedans, lorsqu'il est constitué par des concrétions de mucus desséché ; tantôt, enfin, il dépend de l'état de la muqueuse elle-même, lorsque celle-ci, enflammée dans toute son étendue, s'épaissit, et forme des plis longitudinaux, convergeant vers le centre du canal, comme il m'a été donné de l'observer une seule fois sur le cadavre d'une vieille femme affectée d'une double tumeur lacrymale ; ou bien lorsque quelques points isolés, frappés seuls de phlegmasie ou seuls en conservant des restes, s'épaississent, et présentent des indurations analogues à celles qu'on trouve dans un urètre rétréci.

Quelle que soit, du reste, la nature de cet obstacle, qu'il soit inflammatoire ou non, il devient presque toujours cause d'inflammation du sac, parce qu'il est rare qu'un fluide puisse distendre le tissu de nos organes ou les parois d'une de nos cavités naturelles sans y déterminer de l'inflammation.

Il peut se faire cependant qu'une phlegmasie lente de la muqueuse des voies lacrymales ait oblitéré les trois conduits des larmes, et ait ainsi converti le sac en une poche sans ouverture ; que cette obstruction, s'étant opérée lentement, ait permis à cet organe de se dilater en proportion de la difficulté du passage des fluides ; de s'habituer en quelque sorte à cette transition de l'état d'une cavité muqueuse ouverte vers quelques points de sa surface à celle d'une synoviale close de toutes parts ; et de revêtir une nouvelle organisation en rapport avec ses conditions d'existence et fonctions nouvelles. Les qualités du fluide sécrété changent alors avec la structure de l'organe qui le fournit, et il se forme une véritable collection séreuse qui peut acquérir, sans déterminer d'inflammation, le volume d'un œuf de pigeon. C'est cette affection que *Beer* et *Weller*, son élève, nomment *hydropisie du sac lacrymal.*

Je viens d'énumérer toutes les maladies dont l'effet est de déterminer une stase de fluide dans le sac lacrymal, et le plus souvent une tumeur fluctuante au grand angle de l'œil. Mais il est quelques autres

états du sac, moins souvent signalés, qui peuvent le faire saillir dans la même région.

III. *Squirrhe et cancer.* Souvent, à une certaine période de la maladie, il peut y avoir tumeur et même ulcération des voies lacrymales ; mais je ne vois pas que le siége de cette terrible maladie modifie les indications, et que l'ulcération des voies lacrymales ait ici la moindre importance.

IV. *Emphysème, ou mieux météorisme.* Certaines personnes ont les diamètres du canal nasal si considérables, et son orifice inférieure si largement ouvert, qu'il leur suffit d'expirer avec force pendant l'occlusion de l'ouverture antérieure du nez, pendant qu'elles se mouchent, par exemple, pour que l'air s'introduise librement dans le sac lacrymal. Si les conduits jouissent de dimensions proportionnelles, l'air s'échappe par leur orifice externe en soulevant les gouttelettes de fluide lacrymal qui les baignent; mais si les points et conduits lacrymaux sont étroits naturellement ou ont été rétrécis par l'inflammation, le sac se distend, et il en résulte une tumeur. Souvent l'organe se vide presque aussitôt par le canal nasal ; mais il peut rester emphysémateux jusqu'à ce que les gaz aient eu le temps d'être absorbés, ou que la tumeur ait été soumise à la pression du doigt. L'emphysème est quelquefois une complication du catarrhe du sac; les auteurs fournissent un assez grand nombre d'observations qui le prouvent. Du reste, cet état ne peut être considéré par lui-même comme une maladie, et n'appelle pas les secours de l'art; si je me plais à le signaler, c'est que sa coïncidence avec la dacryo-blennorrhée donne une preuve incontestable, qui pourtant ne paraît pas avoir été appréciée par *Petit*, que la tumeur lacrymale est loin d'indiquer constamment un obstacle dans le canal nasal.

Je ne rapporte pas ici le cas d'emphysème du grand angle de l'œil par suite de la rupture traumatique du sac, parce que les voies lacrymales n'entrent pas dans la formation de la tumeur.

V. *Hernie du sac.* On a donné à la saillie que forme la paroi antérieure du sac soulevée par le fluide accumulé le nom de *hernie*, dénomination inutile, puisqu'elle ne conduit à aucune bonne méthode de traitement, vicieuse puisqu'elle donne une fausse notion de la maladie. La véritable hernie du sac consiste dans un déplacement de cet organe, qui abandonne la gouttière lacrymale contre laquelle il est fixé, dans l'état naturel, par une expansion fibreuse. Mais la solidité de ce lien, l'absence presque absolue de causes propres à le rompre porteraient à regarder cette hernie comme impossible, si *Walter*, au rapport de M. *Neiss*, ne l'avait observé une fois sur un vieillard d'une débilité musculaire remarquable, chez lequel, du reste, il n'y avait jamais eu ni tumeur lacrymale ni flux palpébral; la hernie qui s'était faite à travers les fibres du muscle de la paupière se laissait réduire facilement par la pression du doigt.

VI. *Polype du sac lacrymal.* Je trouve dans les auteurs deux cas de ce genre. Dans le premier, cité par *Janin*, le polype faisait saillie à l'angle de l'œil, descendait par le canal, et remplissait la narine correspondante; la tumeur de l'œil, pressée par le doigt, ne s'affaissait pas complètement, n'était ni tendue, ni fluctuante, mais molle, et faisait sentir une sorte de gargouillement. Après l'excision du pédicule, pratiquée par ce chirurgien, on trouva le canal nasal tellement dilaté, qu'il admettait le doigt indicateur. Le second exemple se trouve dans la dissertation déjà citée, et a été recueilli à la clinique de *Walter*. Les caractères physiques de la tumeur étaient à peu près les mêmes que dans le cas précédent : le polype, pareillement excisé, offrit le volume d'une petite aveline; il ne descendait pas dans le canal.

Quoique, dans les deux exemples que je viens de rapporter succinctement, la maladie ne consistât pas précisément dans une tumeur lacrymale, elle devait cependant amener, comme complication, la stase des fluides dans le sac, en opposant un obstacle à la cause principale de la progression des larmes, et en obstruant le canal nasal,

soit vers son orifice supérieur seulement, soit dans toute sa capacité.

Il me suffit d'avoir exposé la nature des diverses tumeurs du sac lacrymal pour n'avoir pas besoin d'en exposer les symptômes, parce qu'une fois connues, la structure, les propriétés des organes et la nature de l'altération, le tableau symptomatologique peut, pour ainsi dire, du moins lorsqu'il s'agit d'un appareil presque sans influence sur les grandes fonctions, être tracé *à priori* d'après les lois générales de la pathologie. En effet, comme les maladies des voies lacrymales sont du nombre de celles sur lesquelles l'observation directe jette le moins de lumière, c'est de la comparaison de ces affections avec celles de même nature qui affectent un siége quelconque, ou avec les maladies des appareils qui ont avec celui des larmes le plus de rapports de structure, qu'ont jailli de tout temps les sources les plus fécondes en indications thérapeutiques.

Si, dans la première période de l'histoire de l'anchilops, on a obtenu quelques succès, c'est qu'on a considéré et traité l'anchilops comme un abcès, l'égylops comme une fistule. Si les succès n'ont pas été plus nombreux, c'est moins parce qu'on ne soupçonnait pas l'existence des voies lacrymales que parce qu'on se croyait obligé de cautériser le fond des sinus purulens; que la présence d'un abcès, et surtout d'une fistule, faisait regarder comme probable, ou au moins prochaine, l'altération des os voisins; que les callosités étaient considérées comme la cause principale de la persistance des trajets fistuleux. Si la tumeur lacrymale ne doit pas être confondue, elle peut du moins être mise en parallèle avec un abcès. En effet, du moment qu'un organe naturel ou accidentel est frappé d'une phlegmasie aiguë, la fièvre locale ou générale s'allume, un liquide épais s'épanche dans sa cavité ou s'en forme une; ne trouve-t-il pas d'issues toutes faites, il s'en ouvre vers les points les plus rapprochés des surfaces et à travers les tissus les moins résistans, qu'il ulcère. Tous les cas d'inflammation aiguë ne diffèrent donc, sous le rapport de leurs effets, que par la structure des parties et l'intensité : c'est un catarrhe, un épan-

chement, un abcès, suivant des circonstances indépendantes de la nature du mal. La tumeur lacrymale aiguë est donc un abcès chaud, et la tumeur lacrymale chronique un abcès froid : aussi le traitement doit-il être, en grande partie, institué d'après les préceptes de la chirurgie relatifs aux abcès.

Mais si l'anchilops est un abcès, c'est aussi une rétention de larmes, comme *J.-L. Petit* l'a reconnu, et après lui tous les chirurgiens de la seconde période; et, sous ce rapport, il a avec la rétention d'urine une affinité non douteuse. En effet, entre les deux appareils, que de rapports de structure ! Dans l'un comme dans l'autre, réservoir alimenté par deux conduits étroits, et se vidant par un canal excréteur plus large, dépourvu ou presque dépourvu d'organes musculaires, sous la pression de muscles étrangers à sa structure, et destinés à d'autres fonctions. La vessie, il est vrai, est immédiatement revêtue d'une couche contractile, tandis que le sac lacrymal paraît en être dépourvu; la première est douée d'un sentiment de besoin qui eût été inutile à l'autre. De cette double différence il résulte que, lorsque ces organes sont enflammés, l'un d'eux se refuse à l'accumulation du fluide, tandis que l'autre ne peut s'en débarrasser. Mais qu'un calcul engagé dans l'urètre, qu'une induration chronique, qu'une vive inflammation du canal s'oppose au libre écoulement du liquide versé par les uretères dans la vessie, celle-ci se distend, forme une tumeur à l'hypogastre, devient le siége d'une affection catarrhale si le mal marche avec lenteur; ou bien l'urine s'ouvre des routes accidentelles, qui restent fistuleuses aussi long-temps que subsiste l'obstacle qui en a rendu la formation nécessaire. Renverser l'obstacle est non pas, il est vrai, l'unique, mais l'une des plus importantes indications.

La membrane muqueuse qui revêt la cavité moyenne de l'oreille, et se continue, en tapissant la trompe d'*Eustache*, avec celle du pharynx, s'enflamme-t-elle, soit idiopathiquement, soit par l'extension d'une phlegmasie du pharynx, le pus s'épanche dans la caisse, la muqueuse tuméfiée de la trompe l'y emprisonne, et si l'art ne par-

vient à rétablir l'orifice naturel de la cavité auditive, la membrane du tympan s'ulcère : c'est presqu'un égylops.

La nécessité d'ouvrir et d'entretenir un anus contre nature, lorsque la partie inférieure de l'intestin est oblitérée, et le traitement trouvé jusqu'à ce jour le plus efficace dans les fistules du conduit de *Sténon*, sembleraient pouvoir fournir quelques inductions favorables à l'indication qu'on cherche à remplir en perforant l'unguis. Mais le premier exemple offre une analogie trop imparfaite, et le second est encore trop problématique.

J'ai trouvé dans l'histoire toutes les indications relatives à la tumeur lacrymale, mais je les y ai trouvées dans un ordre successif; réunissons-les, persuadés que pour perfectionner la science, il ne faut pas démolir la partie de l'édifice élevée avant nous, mais y ajouter sans cesse; et que, s'il n'est si grande vérité qui ne contienne un peu d'erreur, il n'est si grande erreur où l'on ne trouve un peu de vrai, surtout lorsque celle-ci a été partagée pendant des siècles par des hommes éclairés et intéressés à découvrir la vérité.

L'indication qui me paraît dominer toutes les autres consiste donc à combattre la lésion organique dont la tumeur est le symptôme; en enlevant la cause, souvent on enlève l'effet, comme le démontrent aujourd'hui des faits nombreux publiés ou présentés aux corps savans par des hommes qui sont arrivés au faîte de l'illustration chirurgicale. Quelque insuffisante, du reste, qu'elle soit dans les cas les plus compliqués, jamais elle ne doit être négligée, sous peine, comme je crois en avoir vu quelques exemples, de voir échouer les méthodes d'ailleurs les plus rationnelles.

La seconde indication, par laquelle on doit souvent seconder la première, est de rendre mécaniquement aux voies lacrymales leurs dimensions naturelles.

Quelque bien établis que soient ces principes, ils ne conduisent pas le chirurgien à des succès constans. On a vainement prodigué les moyens propres à ramener les organes à leur structure normale; vainement on s'est efforcé de rendre perméable ce qui ne l'était pas; ou,

si l'on y a réussi, cela a été sans avantage pour la guérison du malade : il ne reste plus alors que trois partis à prendre, ou renoncer à guérir la maladie, et se borner au traitement prophylactique pour en empêcher les progrès ; ou frayer une nouvelle route aux larmes ; ou enfin, rompant le nœud gordien, faute de pouvoir en trouver le secret, oblitérer les voies lacrymales, et substituer ainsi un simple larmoiement à un mal plus incommode. Plus tard, je pèserai ces méthodes, qui toutes peuvent être applicables à certains cas spéciaux.

Contre aucune autre maladie que la tumeur lacrymale, le chirurgien n'est mieux armé et plus impuissant. Par combien de points différens n'a-t-on pas attaqué cet ennemi. Sans parler du tube digestif, dans lequel on a versé tant de purgatifs et d'autres médicamens souvent inutiles, quelquefois propres à combattre certains états de l'économie sous l'influence desquels se développe assez souvent l'anchilops, on a attaqué le sac par sa surface externe, on a pénétré dans sa cavité par toutes les routes naturelles, par celles qui se sont faites accidentellement, et par celles que l'art s'est frayées lui-même ; on a dirigé sur sa surface des vapeurs, des liquides de natures différentes et à diverses températures ; on l'a mise en contact avec des solides tantôt durs, tantôt mous et spongieux, tantôt creusés en canaux ; tantôt ces corps ont été promptement retirés, tantôt on les a laissés pendant un temps déterminé, tantôt on les a établis à demeure ; on a incisé et excisé les parois du sac, on les a détruites avec le caustique, on ne leur a pas fait grâce du feu ; enfin on a appelé au secours les corps impondérables, et l'on peut, suivant M. *Wenzel*, voir dans l'ouvrage de *Bourdelot*, sur l'électricité du corps humain, le grand parti qu'on peut tirer des propriétés de ce fluide pour la guérison de la fistule lacrymale.

Parmi tant de richesses thérapeutiques, on éprouve l'embarras du choix.

Nul doute que lorsqu'il est possible d'agir efficacement sans pénétrer dans l'intérieur des voies lacrymales, il n'y ait réellement quelque avantage à s'arrêter à ce mode de traitement. Ainsi les évacua-

tions sanguines, loin du siége du mal et dans une région cachée, les émolliens sur la tumeur, les révulsifs, les pommades, sont, sans contredit, les moyens les plus simples, les plus innocens, et ceux qui sont le plus du goût du malade. Le cathétérisme même est assez incommode pour lui, pour qu'on cherche à le lui épargner. Si, d'ailleurs, il n'est pas indispensable, il retarde toujours quelque peu la cure par l'irritation qu'il apporte.

De tous les moyens qui agissent sur la surface interne du sac, il n'en est aucun de plus inoffensif et souvent de plus efficace que les bains d'yeux et les fumigations.

Les autres procédés appliqués au traitement de l'anchilops, et qui agissent sur la surface interne des voies lacrymales, peuvent être groupés sous les titres suivans : *injection, suppuration, cautérisation, dilatation, perforation de l'unguis.*

1°. *Injection.* Les injections poussées dans les voies lacrymales offrent un moyen précieux d'agir sur ces organes; elles doivent être faites avec des liquides appropriés à l'état de la muqueuse. L'eau pure est peut-être celui qui convient dans le plus grand nombre de cas. Injectée dans les voies lacrymales, elle étend et dissout le mucus épaissi qui stagne dans le sac, et lui permet de s'écouler au dehors; elle nettoie la membrane muqueuse, pousse doucement l'obstacle qui s'oppose à l'issue des matières, imite les larmes dont le cours est interrompu; enfin, éclaire le diagnostic aux diverses époques du traitement, en faisant connaître le degré de perméabilité des orifices. *Anel*, en instituant les injections comme méthode générale, a marqué une des plus brillantes époques de l'art chirurgical. Par quelle voie convient-il de les pratiquer? Faut-il préférer l'ouverture fistuleuse, lorsqu'il en existe une, aux orifices naturels? Au commencement du traitement, lorsqu'on ne peut pas compter sur le prochain rétablissement du cours des larmes, à cause de l'inflammation encore persistante du sac lacrymal, on peut, sans inconvénient, profiter de cette voie; on le doit, lorsque les autres sont imperméables. En effet, lorsque par

des injections et d'autres méthodes également appropriées on aura abattu l'éréthisme inflammatoire, ou les orifices s'ouvriront d'eux-mêmes, ou il sera facile d'en opérer la dilatation.

Mais lorsqu'il n'existe pas de trajet fistuleux, ou que celui qui existe est tortueux; lorsqu'il y a indication de respecter l'ulcère extérieur dont on espère obtenir la prochaine cicatrisation, à laquelle des voies qui restent doit-on accorder la préférence? La plupart de ceux des chirurgiens français qui ne négligent pas cette méthode, choisissent les points lacrymaux, parce qu'ils sont presque toujours apparens, qu'il est presque toujours possible d'introduire dans leur orifice le bec de la seringue; enfin parce que ce procédé leur semble plus facile, et qu'ils l'ont vu plus souvent exécuter. Je ne l'exclus pas, et si je ne croyais pas qu'il en existât un meilleur, je n'hésiterais pas à me faire une règle de conduite d'y recourir constamment avant d'en venir aux méthodes opératoires.

Mais si, malgré ce qu'on a dit, le cathétérisme par l'orifice inférieur du canal nasal est exécutable, s'il a tout à la fois l'avantage de permettre d'explorer l'état du canal, d'en opérer doucement la dilatation, de donner les moyens de pousser le liquide dans le sac par une voie plus large que les autres, et d'établir dans cette cavité un courant plus rapide de liquide, ne sera-t-il pas préférable au procédé d'*Anel*, qui irrite, dilate et paralyse quelquefois les points lacrymaux? Du reste, il est des cas où l'un des procédés est indiqué à l'exclusion de l'autre.

2°. *Suppuration.* Elle n'est que trop souvent inévitable, mais il est rare qu'il soit utile de l'exciter. En général, ce serait faire rétrograder l'art que d'introduire dans le sac, comme le faisaient les anciens, des tentes de charpie, qui accroissent par leur présence la sécrétion morbide, et qui, en absorbant les liquides, se gonflent et distendent des parois dont on doit, par tous les moyens, favoriser la contraction. Si cependant il était indiqué d'oblitérer les voies lacrymales, il

serait utile de convertir la muqueuse en une surface suppurante, susceptible d'une réunion immédiate et par seconde intention.

3°. *Dilatation.* On a imaginé un grand nombre de moyens pour rendre au canal ses dimensions, qui cependant ne sont pas toujours diminuées. La méthode de *J.-L. Petit*, qui consiste à ouvrir le sac, à désobstruer le canal avec une sonde, et à glisser dans sa cavité une corde à boyau, a été modifiée de mille manières par ses successeurs. *Lecat* substituait, à tort, à la corde à boyau, une mèche qui dilatait le sac souvent trop vaste, et renversait en dedans les bords de la plaie. *Monro* désobstruait quelquefois le canal avec une sorte d'alêne. *Pouteau* cachait derrière la paupière inférieure la plaie par laquelle il introduisait le fil conducteur du séton. *Méjan* et *Pallucci* introduisaient le fil par le point lacrymal supérieur. *Jurine* abrégeait l'opération en perforant le sac et franchissant le canal avec le même instrument. *Desault* se rapprochait davantage de la méthode de *Petit*, dont il simplifiait l'incision et changeait la nature du corps dilatant. D'autres, soit pour entretenir, soit pour dilater le canal, y ont introduit pendant le traitement des sondes d'argent terminées vers une de leurs extrémités par une tête ou un crochet, qui empêchent ces corps de tomber dans les fosses nasales.

Mais il n'est, je pense, aucune de ces méthodes qui ne soit plus ou moins vicieuse, parce que les voies lacrymales sont dans un état catarrhal ou inflammatoire, et que la présence continuelle d'un corps étranger ne peut guère qu'augmenter cet état. Les chirurgiens ne sont pas dans l'usage d'abandonner une sonde dans la vessie pour guérir le catarrhe de la muqueuse; et si, dans quelques cas rares, d'obstacle complet au cours de l'urine, il est de précepte de laisser l'algalie à demeure, ce n'est qu'à cause des accidens terribles qui menaceraient les jours du malade, si de nouvelles tentatives de cathétérisme restaient quelque temps infructueuses. Mais dans les affections des voies lacrymales, jamais il n'est urgent de rétablir promptement la liberté du canal; si le liquide ne s'écoule pas de lui-même dans la narine, il

suffit, pour en débarrasser le sac, d'une légère compression exercée avec le doigt, ou tout au plus d'une incision au grand angle de l'œil, qu'aucune méthode ne nous apprend à éviter, pas même celles d'*Anel* et de *Méjan*, qui, dans ce cas, seraient impraticables.

Quelque chronique, quelque peu inflammatoire que soit un rétrécissement urétral, les chirurgiens se gardent de laisser la bougie à demeure dans le canal; ils se contentent de dilater l'obstacle un quart d'heure ou une demi-heure chaque jour, se réservant, si ce moyen est insuffisant, de recourir à quelque autre procédé plus efficace; ils savent fort bien qu'un contact trop prolongé ou une dilatation trop forte détermine constamment dans l'urètre une inflammation, qui, dans le cas le plus heureux, ne fait qu'augmenter le mal et retarder la cure, mais qui, le plus souvent, se propage à la prostate et à la vessie, amène la strangurie et la fièvre.

Toutefois les méthodes que j'ai énumérées ne me paraissent pas vicieuses au même degré. Les plus mauvaises sont celles qui consistent à faire passer à travers le sac des mèches qui l'irritent mal à propos, ou à insinuer dans le canal nasal une sorte de clou, dont la tête produit le même effet. Les méthodes dans lesquelles la plaie du sac n'est traversée que par un fil de soie qui sert à ramener de bas en haut et dans le canal seulement le corps dilatant, offrent beaucoup moins d'inconvéniens; mais un vice qui leur est commun à toutes, c'est l'impossibilité dans laquelle on est de reconnaître à quelle époque la présence du corps dilatant devient inutile; si on l'enlève trop tôt, on a une récidive à craindre; en le laissant séjourner six mois, une ou plusieurs années, on retarde d'autant la cure de la maladie, et pendant tout ce temps, la situation du malade est pire qu'avant qu'on eût entrepris le traitement.

Si l'on pouvait employer, pour rendre au canal ses dimensions, un instrument mousse, presque inoffensif, qui pût pénétrer facilement par l'orifice naturel le plus large, qui n'agît point sur le sac, qui pût être introduit toutes les fois seulement que l'état actuel des voies lacrymales n'en contr'indiquerait pas l'usage, qui n'eût qu'une action

momentanée, que le chirurgien fût le maître de réitérer aussi souvent qu'il le croirait à propos, qui permît de suivre les progrès du traitement et de juger du moment où son secours devient inutile, qui n'ajoutât à l'incommodité qu'on veut guérir aucune incommodité nouvelle, je demande s'il y aurait à hésiter sur le choix : eh bien ! sauf l'imperfection de l'instrument, la méthode de *Laforest* nous offre évidemment tous ces avantages.

Aussi peut-on citer quelques chirurgiens de ce siècle qui en ont conseillé ou adopté l'usage. Parmi les premiers, se trouve M. *Vésigné*, dont la belle dissertation inaugurale me sera bientôt d'un grand secours; parmi les seconds, M. *Briot* de Besançon, dont un élève, M. *Simonet*, a fait connaître les succès dans une thèse soutenue en mai 1824. M. *Nicod*, dans son mémoire sur la fistule lacrymale (Revue médicale, 1820, 1re. et 2e. livraisons), assure que M. *Dubois* préfère encore cette méthode.

La dilatation pratiquée à la manière des chirurgiens du siècle passé est si souvent insuffisante, elle est en outre si longue et si désagréable pour les malades, qu'on a conçu depuis long-temps l'idée d'une méthode plus expéditive, moins incommode, et à laquelle on a cru sans doute plus d'efficacité. *Foubert*, inspiré par *Woolhouse*, imagina le premier de substituer au canal véritable un canal métallique, qui, étant exactement cylindrique, s'échapperait par les fosses nasales, lorsque la muqueuse, revenue à son état naturel, cesserait de le comprimer par toute sa circonférence. *Louis* ajouta à l'extrémité supérieure de la canule un bec de cuillère pour soutenir la paroi antérieure du sac. En 1756, *Tilloloy* proposa de retirer la canule par la fosse nasale quelques mois après l'avoir introduite. En 1781, *Waten* rendit le tube un peu conique, et y attacha un fil pour conserver la faculté, si sa présence déterminait des accidens, de la retirer par la plaie, qu'il tenait ouverte. Lorsque aucune contr'indication ne survenait pendant les premiers mois, il coupait le fil et laissait cicatriser. En 1783, *Pellier* évasa le tube à sa partie supérieure, et le munit

d'un bourrelet à sa partie moyenne, afin de l'empêcher de remonter ou de descendre.

Depuis lors, la canule tomba dans l'oubli, du moins en France, car en Allemagne, *Himly* et *Reisinger* en conservèrent l'usage.

Ce fut en 1813 qu'elle fut remise en honneur par un professeur célèbre de cette école, et qu'elle reçut entre ses mains, comme tant d'autres procédés, une perfection nouvelle.

M. *Dupuytren* donna à la canule sept à huit lignes de longueur, lui imprima la légère courbure du canal, la tailla en bec de flûte à son extrémité nasale, et l'évasa, comme *Pellier*, à son extrémité supérieure. Ce praticien ponctionne le sac et enfonce la canule; il réunit la petite plaie avec du taffetas gommé, et le malade sort, pour ainsi dire, guéri du lieu de l'opération. Rien en chirurgie n'est aussi brillant, aussi magique que ce procédé, et peut-être est-il difficile de ne pas se laisser entraîner à l'adopter, surtout lorsque l'on voit, d'après des relevés d'une authenticité incontestable, quoique niés par M. *Nicod*, que sur vingt malades seize ont obtenu une guérison durable. Aussi a-t-il reçu l'assentiment d'un grand nombre de chirurgiens français et étrangers, et a-t-il fait abandonner à M. *Demours* le terrain de l'expectation, où il s'était si bien retranché lors de la publication de son Traité des maladies des yeux (1818).

Cependant il s'en faut que ce mode de traitement, si expéditif, soit en harmonie avec les principes sur lesquels repose cette dissertation, et, je pense, avec les inductions suggérées par l'analogie.

Il semblerait d'abord que la présence de la canule ne dût pas même momentanément suspendre les symptômes de la maladie, lorsque celle-ci consiste plutôt dans un catarrhe du sac que dans un embarras du canal;

Que l'introduction brusque d'un corps assez volumineux dans un canal qui refuse de laisser passer un fluide dût s'accompagner à peu près constamment du déchirement de la muqueuse, d'autant plus

que les dimensions de la canule ne sont que dans un rapport approximatif avec celles du canal ;

Que celle-ci dût susciter dès les premiers jours une inflammation violente, plus tard entretenir soit les restes de cette dernière, soit la phlegmasie antécédente des voies lacrymales, enfin avoir tous les inconvéniens reconnus aux sondes et aux corps dilatans laissés à demeure ;

Qu'elle dût bientôt être oblitérée par le mucus dont la dessiccation et la concrétion doivent être favorisées par son passage dans un tube étroit, incapable de l'atténuer en y mêlant des humeurs nouvellement sécrétées, par le sommeil qui diminue la quantité des larmes sans diminuer probablement, du moins dans la même proportion, celle du mucus fourni par le sac, par l'action de l'air, par la poussière, etc. ;

Que, si cet accident survenait, la présence de la canule dût apporter à presque toutes les autres méthodes de traitement un obstacle qui serait insurmontable aussi long-temps que la canule n'aurait pas été débouchée ou retirée, double indication, qu'il est très-difficile de remplir sans recourir à une opération quelquefois laborieuse ;

Que la forme organique n'étant pas aussi permanente que celle des corps inertes, mais étant variable et relative, soit aux fonctions qu'exécutent les organes, soit au volume du corps dont ils ont le contact, l'infundibulum dont la canule est surmontée, ne dût fournir qu'une faible garantie contre la chute spontanée de cet instrument ;

Que la canule étant un corps étranger, déposé au milieu des parties vivantes, celles-ci dussent tendre le plus souvent à l'expulser au dehors, soit par l'ouverture naturelle, soit à travers les organes voisins, ulcérés par l'inflammation ;

Que l'organe en rapport avec le tube dût être dans une alternative d'indolence et d'inflammation.

Il semble que si l'on espérait que l'intumescence et l'hypertrophie des parois du canal dussent se résoudre sous l'influence de la compression lente et toujours la même, produite par la canule, ce qui n-

contestablement arrive assez souvent, il faudrait au moins ne tenter ce moyen que lorsqu'on a la certitude que la muqueuse du canal est altérée sous le rapport de son épaisseur ;

Qu'il serait convenable de s'assurer préalablement des dimensions du canal, comme l'a dernièrement proposé M. *La Harpe*, pour y proportionner celles de la canule ;

D'introduire celle-ci avec toutes les précautions nécessaires pour ne pas s'exposer à blesser la muqueuse, et encore moins à enfoncer le corps étranger au milieu des cellules ethmoïdales, ou à la faire pénétrer dans le sinus maxillaire.

Il semble enfin que, loin de s'opposer autant qu'on le peut à la chute spontanée de la canule, on dût regarder comme une circonstance heureuse du traitement que lorsque la muqueuse, revenue à son état naturel, cesse de la retenir, en s'appliquant exactement sur son contour, elle pût tomber de son propre poids dans la narine, et délivrer le chirurgien des craintes que doit lui inspirer la présence d'un corps étranger au milieu de nos organes.

Mais tous ces raisonnemens tombent devant des faits bien observés qui les contredisent.

Il est vrai qu'il ne m'a pas été donné de voir des résultats aussi heureux.

J'ai vu, soit à l'Hôtel-Dieu de Lyon, avant que M. *Gensoul* en dirigeât le service, soit dans les hôpitaux de Paris, placer quelques canules ; mais j'ai vu plus souvent encore des malades réclamer les secours de l'art contre les suites de l'opération ou se plaindre de son inefficacité.

Tantôt la canule s'était échappée par la narine, et la tumeur s'était reproduite.

Mademoiselle Ol... A... a été soumise à l'opération par un chirurgien distingué du Puy. La canule est tombée cinq ou six mois après, et au mois d'octobre 1829, elle portait du même côté une tumeur peu saillante avec rougeur des tégumens, un peu de larmoiement, et issue d'une matière puriforme par les points lacrymaux.

M. F... P..., étudiant en médecine, actuellement à Paris, fut opéré il y a cinq ans, par M. le docteur *Fl...*, de Clermont, suivant le procédé de M. *Dupuytren*, d'une petite tumeur lacrymale qu'il portait déjà depuis une année. Un an après, la tumeur reparaît. L'année suivante, la canule tombe; elle contenait une matière suifeuse et noirâtre qui l'oblitérait dans toute son étendue. Il y a quelques semaines, lorsque j'ai vu pour la première fois M. P., l'angle de l'œil était rouge, un peu saillant, les points lacrymaux très-dilatés, la moitié interne des deux paupières rouge et très-épaisse, la conjonctive un peu variqueuse. En comprimant le sac, j'ai fait sortir par les points lacrymaux et en assez grande abondance une matière blanche et épaisse. Depuis lors, les collyres résolutifs et les fumigations ont diminué l'inflammation des paupières et la consistance du fluide contenu dans le sac.

Souvent la canule, après être restée un grand nombre d'années sans décéler sa présence par le plus léger accident, détermine une inflammation violente, que l'on ne peut faire cesser que par son extraction.

M^me^. M...., de Neuchâtel, avait été opérée de la fistule lacrymale, à Londres, il y a plus de trente ans, par MM. *Philips* et *Waten*, qui avaient introduit une canule dans le canal nasal. Quinze ans après, tumeur lacrymale avec douleur à l'angle de l'œil et épiphora; bientôt elle s'ulcère, et se convertit en fistule. M. *Maunoir*, de Genève, soupçonne la présence d'une canule, et la reconnaît à l'aide d'un stylet introduit à travers l'ouverture fistuleuse. Il dilate celle-ci, enlève le corps étranger, qui ne fait éprouver aucune résistance, passe un séton, et guérit la malade. (Fait communiqué par M. le docteur *Caron Duvillard.*)

Souvent le malade n'obtient pas même l'avantage d'une guérison éphémère.

Jeanne Lajoux, d'Annecy, âgée de vingt-deux ans, fut prise pendant l'hiver de 1827 d'un coryza épidémique, qui s'accompagna de l'inflammation des voies lacrymales des deux côtés. L'inflammation de la muqueuse nasale et des voies lacrymales gauches se dissipa; celle des voies lacrymales du côté droit persista seule. Des applica-

tions de sangsues la diminuèrent; mais la malade refusa de s'astreindre au traitement prescrit par M. le docteur *Caron*, et sollicita de lui l'opération de la canule, qui avait été pratiquée à une personne de sa connaissance. M. *Caron* ayant refusé de se rendre à ses désirs, à cause d'un état inflammatoire trop prononcé du sac lacrymal, et probablement du canal, elle se fit opérer par un autre médecin. Aucun symptôme inflammatoire ne se montra les premiers jours; mais quelques semaines après, il se manifesta dans le trajet du canal nasal une douleur vive, continuelle, accompagnée de gonflement extraordinaire du sac et d'une sécrétion puriforme très-abondante. Trois mois après l'opération, gonflement très-prononcé du maxillaire sur le trajet du canal nasal, et vers son apophyse supérieure. Ces accidens ne cédèrent qu'à l'extraction de la canule. (M. *Caron Duvillard.*)

J'ai pu m'assurer deux fois par mes propres yeux combien l'extraction de la canule peut offrir de difficulté, même lorsqu'elle est pratiquée par des chirurgiens habiles, malgré les instrumens ingénieux imaginés pour cette opération.

J'ai vu M. *Gensoul* extraire une canule par la bouche à travers une ouverture fistuleuse de la voûte palatine.

Le même chirurgien m'a rapporté qu'une fois il avait été forcé de faire une incision à la joue pour extraire une canule engagée dans l'os maxillaire.

Je sais que ces faits ne prouvent que l'inefficacité et les inconvéniens de la canule dans certains cas, que s'il m'est impossible de citer autant de succès que de revers, cela tient surtout à ce que j'ai été mieux placé pour observer ceux-ci que les premiers, et à la difficulté que l'on éprouve dans les hôpitaux, et souvent même dans la pratique civile, à s'assurer si la cure a été définitive. Mais les exemples que j'ai rapportés sont suffisans, je pense, pour me faire incliner vers quelque autre méthode qui, avec autant de chances de réussite, m'apporte plus de motifs de sécurité.

4°. *Cautérisation.* Je ne veux pas parler ici de la cautérisation du sac telle que la pratiquaient les anciens pour détruire les fongosités, ou pour opérer la perforation de l'os lacrymal. Il ne s'agit ici que de la cautérisation du canal nasal, telle qu'elle a été proposée récemment.

Encouragés par les succès obtenus à l'aide de la cautérisation dans le traitement des rétrécissemens urétraux, plusieurs chirurgiens ont cherché à appliquer le nitrate d'argent à la guérison de ce qu'ils considéraient comme un rétrécissement du canal nasal.

M. *Harveng*, le premier, proposa, dans un Mémoire lu à l'Académie en 1821 ou 1822, et imprimé en 1824, de porter dans le canal nasal, à l'aide d'une incision faite au grand angle de l'œil, une canule renfermant un porte-caustique; il indiqua même un moyen de porter sûrement le feu sur le rétrécissement, invention pour laquelle il n'a pas encore eu besoin de réclamer l'antériorité. Quelques mois après la lecture du mémoire, et l'année même de la publication, M. *Mortier*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, déjà frappé de l'affection pulmonaire qui le ravit jeune encore à la science qu'il cultivait avec tant d'ardeur, arriva de son côté, et sans se douter qu'il avait été devancé, à l'idée de cautériser le canal nasal par un procédé semblable au précédent, et son mal lui enlevant la faculté de continuer l'enseignement oral auquel il s'était jusque-là livré avec un zèle vraiment excessif, il nous fit lire en sa présence un travail qu'il avait fait sur ce sujet. L'instrument n'a été appliqué qu'une seule fois par M. *Vial*, son élève particulier, qui a consigné ce qu'il croyait une découverte dans sa thèse soutenue dans cette école en 1825.

Dans le mois de septembre de la même année, à peine M. *Gensoul* commençait à partager avec M. *Janson*, ancien chirurgien en chef, la direction du service de l'Hôtel-Dieu, qu'il conçut la possibilité d'adapter à la forme du canal nasal la sonde de *Laforest*, et de s'en servir, soit pour dilater, soit pour cautériser les voies lacrymales, soit enfin pour y pousser des injections. Son premier essai entrepris sur une dame qui éprouvait quelque répugnance à se soumettre à une opération sanglante, fut un succès complet et rapide. Depuis, il n'a

rien changé à sa méthode, et quoique je sois dépourvu de calculs exacts, je puis affirmer que ce traitement, poursuivi avec persévérance, lui a donné des résultats extrêmement favorables. Dès 1825, des succès furent communiqués à l'Académie de médecine par l'organe de M. *Lisfranc.*

En 1826, M. *Taillefer* (Archives générales, juillet 1826), crut encore imaginer la cautérisation du canal nasal par son extrémité supérieure.

Enfin, M. *Brémond* de Marseille, dans une thèse soutenue en 1827, chercha à appliquer au traitement de la fistule lacrymale, non plus seulement la cautérisation, mais tout l'appareil de *Ducamp.* Mèches exploratrices, dilatatrices, caustiques, il introduit tout de bas en haut, à l'aide d'un fil passé du point lacrymal dans la narine, à l'aide du stylet de *Mejan.*

Après avoir établi les droits du chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon à l'honneur d'avoir, pour ainsi dire, réduit à un seul procédé la dilatation, l'injection et la cautérisation, il me faut examiner la valeur des objections faites au cathétérisme du canal par l'orifice inférieur et l'importance des modifications apportées à l'instrument par son second inventeur.

On a peu ajouté aux objections de *Morgagni.*

On a répété que le canal ne s'ouvre pas, comme le pensait *Bianchi,* dans une sorte de fosse ou d'*infundibulum* situé à la partie la plus élevée de la voûte formée par le cornet, mais bien à un point variable de la paroi externe du méat, tantôt plus haut, tantôt plus bas, tantôt plus en avant, tantôt plus en arrière; que l'orifice était caché par un petit repli valvulaire de la muqueuse assez analogue à celui qui couvre l'insertion des uretères; que cet orifice était à peine plus large que les points lacrymaux, et que loin qu'il soit possible de le trouver par le tâtonnement, on peut souvent à peine le voir dans une préparation anatomique; on ajoute à ces difficultés celles qu'a depuis exposées *Laforest* lui-même, savoir la disposition du cornet inférieur, qui quelquefois descend jusque sur le plancher de la cavité nasale, qui d'au-

tres fois est repoussé en dehors par la cloison déjetée, bouche l'orifice du canal, ou du moins en défend l'accès contre la sonde.

Mais à cette impossibilité prétendue d'arriver au canal nasal par cette voie, il me suffirait d'opposer le fait. *Bianchi* trouvait facilement l'orifice, et n'aurait pas été arrêté par l'angle que forment l'axe du canal et celui de la fosse nasale, s'il avait courbé son instrument. *Laforest* assure qu'il a réussi dans l'exécution de son procédé sur les malades, tout aussi bien que sur les cadavres. Nous avons vu que MM. *Dubois* et *Briot* n'avaient pas été arrêtés par les obstacles. M. *Vésigné* sur un très-grand nombre de cadavres, n'a échoué qu'une seule fois, chez un sujet qui offrait une configuration rare des fosses nasales; et encore il me semble que, s'il eût été mis sur la voie par la connaissance de faits analogues, si surtout son instrument eût été meilleur que celui de *Laforest*, il serait parvenu à trouver et à franchir l'orifice. M. *Gensoul* a pratiqué cette opération plus souvent peut-être que la plupart des autres chirurgiens, et à peine a-t-il rencontré quelques cas qui se soient refusés au cathétérisme. Et si après tant d'autorités j'osais parler de ma propre expérience, ce ne serait pas pour ajouter plus de poids aux exemples allégués, mais pour faire connaître sur quelles bases repose ma conviction. Si donc quelques anomalies dans la disposition des cornets ou de la cloison rendent le cathétérisme impossible, c'est tout au moins dans des cas assez rares. Or, une méthode est-elle à dédaigner, parce qu'il y a quelques cas exceptionnels qui se dérobent à son emploi?

C'est dans la disposition de l'orifice inférieur que réside le plus grand obstacle. Il est vrai qu'il est tantôt un peu plus haut, tantôt un peu plus bas; mais qu'il vienne quelquefois s'ouvrir sur l'angle de la paroi externe et du plancher des fosses nasales, comme M. *Taillefer* l'a vu une fois, c'est une exception tellement rare, qu'il faut la regarder comme une anomalie dont peut-être l'unique exemple se trouve dans le mémoire de ce médecin. Presque constamment l'ouverture du canal se voit à une ou tout au plus deux lignes au-dessous de la partie la plus élevée du méat, et le plus souvent un peu plus

près de l'ouverture antérieure des fosses nasales que de la postérieure. Je ne sais comment *Morgagni* a pu affirmer que l'orifice inférieur du canal est à peine plus grand que les points lacrymaux. Pour ma part, je ne l'ai pas encore rencontré si étroit, et d'ailleurs j'en réfère au témoignage d'un grand nombre d'anatomistes. Quelque variables que soient ses dimensions, j'estime qu'il a rarement moins de trois lignes de circonférence, et qu'il en a quelquefois bien davantage. Toujours le bord libre du repli valvulaire, qui le recouvre souvent, regarde en bas, et quelquefois aussi un peu en avant; en sorte que la sonde peut facilement glisser entre lui et le bord externe de l'orifice. Plusieurs fois j'ai trouvé ce dernier largement béant, sans repli valvulaire, elliptique, et offrant alors une lumière de deux lignes au moins de diamètre, dans le sens de son plus grand axe. Remarquons en outre que le canal membraneux descend constamment plus bas que l'osseux, dans lequel il est enfermé, en sorte que la partie où se trouve l'orifice, n'étant pas maintenue par une enveloppe solide, change de forme sur l'instrument, et s'élargit aux dépens de sa longueur. On a encore parlé de replis valvulaires situés dans la cavité même du canal, et empêchant l'instrument de pénétrer de bas en haut; mais *Morgagni* prend soin lui-même de venger le cathétérisme de cette attaque, lorsqu'il assure n'avoir vu que deux fois des valvules, et que leur direction était telle, qu'elles se seraient plutôt opposées à ce qu'on fît pénétrer le stylet de haut en bas que dans un sens contraire. Cependant il ne faut rien dissimuler de ce qu'il y a de plus spécieux contre le cathétérisme. Souvent l'extrémité postérieure du repli valvulaire forme une sorte de pilier qui descend en arrière de l'ouverture du canal jusqu'à la paroi inférieure de la fosse nasale, pilier que rencontre le bec de la sonde, lorsque, suivant le précepte de M. *Gensoul*, on le ramène d'arrière en avant, et qui offre si peu de résistance qu'il est quelquefois déchiré sans que le chirurgien ait conscience du léger désordre qu'il produit. Tel est du moins le résultat de mes observations sur le cadavre. Je ne prétends pas non plus que jamais en pénétrant dans le canal on ne déchire quelque peu le con-

tour de son orifice, qu'il ne puisse même pas arriver, dans des cas assez rares, qu'on parvienne dans la cavité du canal par une ouverture artificielle frayée par le bec de la sonde à travers la paroi interne et molle de sa portion membraneuse. Mais je demande quel droit ont de s'effrayer de pareils délabremens les chirurgiens qui désobstruent le canal d'un seul coup, avec un stylet ou une sonde un peu pointue, ou y enfoncent une canule taillée en bec de flûte, sans s'informer si le canal peut la recevoir sans que ses parois soient déchirées. Certes il me semble qu'il vaut encore mieux employer un instrument très-mousse, qui sinon toujours, du moins le plus souvent, peut être introduit sans violence; qui ne déchire jamais la muqueuse que dans le point où, flottante, elle peut se cicatriser le plus aisément. Ne se peut-il pas en outre que lorsque l'orifice est extrêmement étroit, l'espèce de débridement opéré par ce déchirement rende plus facile l'évacuation des matières contenues dans le sac. *Janin* guérit un homme chez lequel le pus sécrété par l'antre d'*Hygmore* s'introduisait dans le canal nasal par un orifice fistuleux, refluait dans le sac lacrymal, et s'écoulait sur la joue à travers l'ulcération des tégumens, en détruisant par la cautérisation ce qu'il nommait le *sphincter du canal.*

On a encore parlé d'un chatouillement insupportable comme d'une objection sérieuse à l'opération de *Laforest :* cette objection m'étonne. Le chatouillement serait-il plus insupportable produit de bas en haut, et pour ainsi dire à rebrousse-poils, que dans une direction opposée? Peut-on faire d'une sensation aussi fugitive une objection à un procédé opératoire? Il est vrai que le chatouillement a déterminé quelquefois les convulsions, et même la mort; mais ce n'est pas lorsqu'il a été excité sur une surface de sept à huit lignes d'étendue, et pendant un espace de temps presque indivisible

Mais, je l'ai déjà insinué, le cathétérisme entrepris avec l'instrument de *Laforest* est difficile; sa courbure est trop grande, surtout vers l'extrémité qui doit être introduite vers le canal nasal; la convexité de la seule courbure que présente l'instrument regarde directement en arrière, c'est-à-dire à peu près juste dans un sens opposé à celui

que regarde la convexité du canal. Aussi, afin de compenser ce défaut de rapports de forme, *Laforest* a-t-il aminci l'extrémité de sa sonde, ce qui expose à l'inconvénient de faire souvent de fausses routes. En outre, l'excessive convexité de l'instrument fait que, tandis que le bec se dirige en dehors pour s'insinuer dans le canal nasal, la partie moyenne de l'instrument se portant en sens inverse, repousse en dedans le cornet inférieur, d'où résulte, pour le cathétérisme, un obstacle que souvent on ne pourrait surmonter qu'en fracturant l'os.

L'auteur d'une dissertation inaugurale soutenue en 1822, M. *Billard*, propose, pour éviter cet inconvénient, de diminuer l'étendue de la courbure de la sonde de *Laforest*, et de donner à son extrémité une seconde courbure dont la convexité regarde en avant et en dehors dans le même sens que celle du canal. Cette vue est ingénieuse; mais je doute qu'il fût facile de faire usage de cet instrument. Du reste, cette dissertation n'avait point fixé l'attention des chirurgiens lorsque M. *Gensoul* a imaginé les modifications que je vais indiquer.

Celles-ci étant fondées sur la connaissance exacte des parties, il faut rappeler la disposition, la forme et les dimensions de la partie osseuse du canal, qui seule peut opposer quelque obstacle à l'introduction de la sonde.

Le canal, en descendant de l'orbite dans la fosse nasale, se porte un peu en arrière et en dehors; son axe forme un arc de deux ou trois degrés au plus, dont la convexité regarde le plus souvent en dehors et un peu en avant, quelquefois aussi directement en dehors. M. *Vésigné* lui donne de trois à six lignes de longueur; mais il me semble, d'après des observations moins nombreuses que les siennes, qu'il a rarement cette dernière dimension. Suivant le même auteur, de l'orifice supérieur du canal au plancher inférieur de la narine il y a de dix à quatorze lignes. Sur six squelettes que j'ai examinés depuis la lecture de ce travail, je n'ai pas trouvé moins de onze lignes et demie, et deux fois j'en ai trouvé quinze.

Le canal est un peu plus étroit au milieu qu'à ses extrémités. Ses diamètres varient beaucoup; quelquefois il est très-comprimé de de-

dans en dehors, et les diamètres antéro-postérieurs l'emportent alors de beaucoup sur les transverses ; d'autres fois son contour est à peu près arrondi, disposition qui me paraît la plus favorable au cathétérisme. Terme moyen, on peut admettre, avec l'auteur qui me sert de guide dans cette partie de ma dissertation, que le diamètre transversal varie à peu près d'une ligne et demie à deux lignes et demie, et l'antéro-postérieur de deux à trois.

Le canal ayant très-rarement plus de cinq lignes de longueur, et le plus souvent un peu moins, il est clair que la sonde ne devra pénétrer que de cinq lignes au plus dans sa cavité; sa partie moyenne, moins celle qui s'engage dans la portion molle du canal, restera dans la fosse nasale; enfin, le reste de l'instrument sera presqu'en entier au dehors de la narine, et sera saisi par la main du chirurgien.

Aussi ai-je cru pouvoir diviser l'instrument de M. *Gensoul* en quatre parties, savoir : la plaque qui termine une de ses extrémités, la tige qui est intermédiaire au manche et à la courbure, la partie courbe qui reste dans la fosse nasale, et que je nomme *portion nasale;* et enfin celle qui, devant s'engager dans les voies lacrymales, peut être appelée *lacrymale.* Je supposerai, pour rendre la description plus claire, la sonde placée dans la narine, l'extrémité nasale dirigée en haut, et la plaque dans le sens de la verticale.

La sonde de M. *Gensoul* est solide ou creuse. La sonde solide consiste dans une tige d'acier un peu conique, se continuant dans sa partie la plus épaisse avec la plaque qui sert de manche, mousse vers l'autre extrémité, droite dans les deux tiers les plus rapprochés de la plaque, recourbée vers la partie supérieure de la narine, dans le tiers qui en est le plus éloigné. Cette courbure, qui appartient presque exclusivement à la portion que j'ai nommée nasale, représente un arc de 80 degrés environ, sous-tendu par une corde de huit lignes, dirigé en arrière et un peu en dehors, inscrit dans un plan fictif qui s'écarte de 15 degrés environ du plan vertical de l'instrument. La portion que je nomme lacrymale est longue d'environ cinq lignes, à peine un peu courbe en dedans, inclinée de deux à trois degrés vers la plaque et de

dix à douze vers la cloison. Elle a une ligne d'épaisseur dans l'instrument que j'ai sous les yeux, et qui est d'un fort diamètre ; la portion nasale a un peu moins, la tige va en augmentant d'épaisseur jusque vers le manche, où son diamètre est d'une ligne et demie. Si on fait reposer l'instrument sur un plan du côté vers lequel s'incline l'extrémité nasale, on voit que la plaque, la tige et le bec portent sur lui, tandis que le milieu de la portion nasale s'en éloigne d'environ deux lignes. Enfin, si on fait reposer la tige seule sur le plan, l'extrémité lacrymale étant dirigée en haut, le bec de l'instrument est élevé de dix lignes et demie au-dessus de la surface du plan.

Toutefois, les dimensions que je viens d'indiquer doivent différer un peu dans les divers instrumens que le chirurgien tient à sa disposition, afin de pouvoir s'accommoder aux variétés individuelles. Il faut surtout avoir des sondes de plus petit diamètre.

Les sondes creuses ne diffèrent des précédentes ni par leur courbure, ni par leur volume. Elles sont d'argent. Au lieu de manche, elles portent deux anneaux comme les algalies destinées au cathétérisme de l'urètre. Elles sont ouvertes à leur extrémité lacrymale, comme la sonde de M. *Lallemand*, et munies d'un mandrin dont l'extrémité peut être cachée dans l'intérieur de la canule, ou être poussée jusque vers son orifice lacrymal, qu'elle oblitère alors complètement. Elles servent également pour les injections et la cautérisation.

Si j'ai bien réussi à exposer la construction de la sonde de M. *Gensoul*, on concevra facilement combien cet instrument l'emporte sur celui de *Laforest*. Sa courbure, moins étendue, et déjetée en dehors, ne repousse pas le cornet vers la cloison, et rapproche l'extrémité lacrymale de la surface sur laquelle elle doit rencontrer l'orifice du canal. La portion qui doit pénétrer dans le canal nasal a la même direction que ce dernier, et sa courbure se mettra complètement en rapport avec celle du conduit, pour peu que le manche soit incliné vers la cloison du nez. Enfin, toute la portion courbe de l'instrument ne s'élevant pas au-dessus du bord inférieur de la tige de plus de dix lignes et demie, hauteur que l'on pourrait, je pense, avec

quelque avantage, réduire à huit ou neuf lignes, peut être assez facilement conduite et relevée sous le cornet inférieur, et ne tend pas, lorsque son extrémité lacrymale est introduite dans le canal, à dépasser l'orifice supérieur de ce dernier, et à distendre les parois du sac.

Procédé opératoire. Le malade doit être assis, et tenir la tête élevée. Il est presque toujours inutile de le faire maintenir par des aides. Lorsqu'il est pusillanime, il suffit de lui faire appliquer le dos et l'occiput contre une muraille, pour l'empêcher de se retirer brusquement en arrière.

Le chirurgien se place devant lui, debout ou assis.

Il ne faut pas chercher à arriver droit au canal. Le chemin le plus long est ici le plus sûr; aussi je divise en quatre temps le manuel opératoire, tel que M. *Gensoul* l'exécute.

Premier temps. *Introduction de la portion courbe de la sonde dans la narine.* Le chirurgien saisit l'instrument par la plaque, entre le pouce de la main droite et les deux doigts suivans, la tige dirigée dans le sens de la verticale, la plaque en bas, et l'extrémité lacrymale tournée vers la face du malade. De la main gauche, il soulève l'extrémité du nez pour en découvrir les orifices; puis, sans changer la direction de l'instrument, il en insinue la portion courbe dans la narine du côté malade, et l'enfonce jusqu'à ce que la tige soit arrêtée par la lèvre supérieure. Il appuie alors sur la sonde, dans la direction de la tige, pour s'assurer que son extrémité repose sur le plancher nasal.

Deuxième temps. *Circumduction.* Le chirurgien cesse de relever l'extrémité du nez, et, avec deux doigts de la main gauche, saisit la tige de l'instrument près de sa portion nasale, pour rendre ce point presque immobile, et en faire le centre du mouvement de circumduction. De la main droite, il élève la plaque en la portant en dehors et vers lui, jusqu'à ce que la tige soit parallèle à l'horizon; puis, il la

porte en haut et en dedans, jusqu'à ce que la tige soit dirigée d'avant en arrière, et fasse au-dessus de l'horizon un angle de 25 à 30 degrés. La plaque regarde alors par sa face interne en haut et en dedans; et son plan forme, avec la verticale, un angle d'un même nombre de degrés, dont le sinus est supérieur.

Pendant que la sonde décrit au dehors ce mouvement de circumduction ou cette surface conoïde, l'extrémité lacrymale parcourt successivement le plancher de la narine de dedans en dehors et la paroi externe du méat inférieur de bas en haut, et arrive sous la voûte du cornet.

Troisième temps. *Recherche de l'orifice du canal.* Le chirurgien abaisse lentement, et sans aucun effort, le manche de la sonde dans la direction du plan de la plaque; en vertu de ce mouvement de bascule, dont le centre se trouve vers le point de l'orifice de la narine, sur lequel la tige repose, le bec de la sonde est ramené d'arrière en avant, et s'engage dans la portion molle du canal. Quelquefois, il faut réitérer plusieurs fois cette manœuvre, et se livrer à quelques tâtonnemens avant d'arriver au but. Dans tous les cas, ils doivent être entrepris avec beaucoup de délicatesse, afin d'éviter de déchirer ce petit pilier, que j'ai dit avoir rencontré souvent derrière l'orifice du canal. On reconnaît que l'extrémité de la sonde a franchi l'orifice, lorsqu'elle ne cède pas aux légers mouvemens en avant et en arrière, et à ceux de rotation qu'on cherche à lui imprimer.

Quatrième temps. *Cathétérisme.* Ce temps est le plus facile à exécuter. Il suffit d'abaisser la plaque dans le sens de son obliquité, jusqu'à ce qu'elle soit descendue de quatre à cinq lignes au-dessous du plan horizontal. Il faudrait agir avec une rudesse excessive, et être doué de bien peu de tact et de dextérité, pour que l'instrument, une fois introduit dans le canal, pût en dévier, briser les os environnans, glisser entr'eux et la muqueuse; et certes, ce n'est pas à la méthode, mais au chirurgien qui la mettrait en pratique, avant

de s'y être assez long-temps exercé, qu'il faudrait attribuer un pareil résultat. J'indiquerai quelle conduite je pense que doit tenir le chirurgien lorsqu'il est arrêté par quelque obstacle.

Pour retirer l'instrument, il faut lui faire parcourir, mais dans un ordre et un sens inverse, les temps que j'ai décrits en parlant de son introduction.

4°. *Perforation de l'unguis.* En exposant la méthode de traitement qui me paraît la meilleure, je chercherai à apprécier la valeur de cette opération.

J'ai discuté la plupart des procédés qui agissent à l'extérieur des voies lacrymales, et ceux qui agissent sur leur surface interne. Il faut dire quelques mots de la compression, qui participe à la fois de ces deux manières d'agir.

Compression. Elle est *momentanée*, *intermittente* ou *continue.*

Momentanée. La première chose que fait ordinairement le chirurgien, en s'approchant d'un malade affecté de tumeur lacrymale, est de comprimer avec le doigt le grand angle de l'œil; c'est un précieux moyen de diagnostic. Il fait connaître si la maladie consiste surtout dans une altération du sac sans obstruction considérable des orifices, ou si elle dépend, au contraire, d'un embarras des conduits lacrymaux ou du canal nasal.

Intermittente. Celle-ci, que le malade exerce lui-même plusieurs fois le jour, fait, pour quelque temps, disparaître la tumeur lorsque le mal n'a pas fait encore de grands progrès. Elle est bonne, et ne doit jamais être négligée; elle délivre pour quelques heures le malade de son incommodité; elle fait office de l'ouverture de l'abcès, avec ce double avantage, que, tandis que l'incision excite momentanément l'inflammation, celle-ci l'endort pour quelques instans, en faisant cesser la distension du sac, et en en évacuant le produit mor-

bide ; et que l'on évite une cicatrice quelquefois désagréable à la vue. Fréquemment répétée, elle retarde la marche de la maladie, et prévient le larmoiement en préparant une place pour recevoir le fluide lacrymal. Aussi, quelque méthode qu'on mette d'ailleurs en usage, on doit toujours en favoriser l'effet par ce mode de compression.

Continuelle. On conçoit très-bien qu'avant la découverte de *Vésale*, on ait eu recours à la compression pour oblitérer une cavité que l'on prenait pour un sinus ; mais il est permis de s'étonner que plus d'un siècle après, un homme aussi judicieux que *Dionis* l'ait conseillée comme méthode générale. Depuis que *J.-L. Petit* en eut démontré, par le raisonnement et par les faits, les inconvéniens, et même l'inefficacité, le nombre des partisans de la compression a progressivement diminué ; et aujourd'hui, si beaucoup de praticiens distingués l'emploient encore pour diminuer l'étendue du sac, un plus grand nombre peut-être ne lacroient propre qu'à favoriser l'oblitération des voies lacrymales, qui est assez rarement indiquée.

Méthode de traitement. J'ai cherché à me tracer un plan de conduite d'après les analogies, et aussi d'après l'expérience de quelques chirurgiens modernes dont j'ai pu voir les succès. Ce ne sont pas des préceptes que j'établis, mais des projets que je forme et que j'appliquerai à ma pratique, si les objections et les conseils de mes juges, qui sont en même temps mes maîtres, et mes propres réflexions, ne viennent pas ébranler ma conviction.

J'ai vu dans les auteurs un si grand nombre d'exemples de guérisons spontanées, même dans les cas qui semblaient les plus compliqués (*Maître-Jean*, *Demours*, etc.), et le raisonnement est si bien d'accord avec les faits, que, sans abandonner complètement les malades à la puissance médicatrice de la nature, dont la tendance est presque toujours dans cette affection assez évidente pour qu'il soit possible de la seconder, je choisirai de préférence les méthodes qui se rapprochent le pus d'une simple expectation, celles qui sont le moins opératoires,

ajoutant ainsi les chances de l'art à celles de la nature, et évitant le danger d'aggraver le mal par trop d'empressement à le combattre avec énergie.

I. Si un malade se présente à moi avec un catarrhe aigu du sac lacrymal, sans obstruction des orifices et sans apparence phlegmoneuse, je prescrirai de presser de temps en temps la tumeur pour la tenir vide, de faire des fumigations émollientes, soit sur l'angle de l'œil, soit surtout dans la fosse nasale correspondante ; de prendre des bains d'yeux dans de l'eau simple ou un liquide émollient à une douce température; et s'il ne me paraît pas probable que le mal doive céder à des moyens aussi simples, encouragé par l'exemple de M. *Lisfranc*, qui a obtenu par les évacuations sanguines dans le traitement des tumeurs et fistules lacrymales des succès nombreux, j'appliquerai des sangsues en assez grande quantité à la tempe, sur l'aile du nez, ou en dedans de l'orifice de cet organe ; rarement, dans ce degré de la maladie, j'aurai recours aux injections ou à la dilatation, et je réserverai ces moyens pour les cas où la tumeur changerait de caractère et prendrait une marche plus chronique.

II. Si la tumeur est de celles que j'ai nommées *phlegmoneuses*, que la tension inflammatoire soit grande, qu'il y ait céphalalgie et fièvre, avant même de recourir aux moyens exposés précédemment, j'ouvrirai la veine du bras, ou peut-être celle du front, à moins de puissantes contr'indications ; je prescrirai des applications nombreuses de sangsues, et aux fomentations et bains d'yeux j'ajouterai les cataplasmes sur la tumeur ; je placerai un bandeau sur l'œil, soit pour prévenir ou combattre l'ophthalmie, qui est presque inévitable, soit parce que, lorsque cet organe est dans l'inaction, les larmes sont sécrétées en moins grande quantité, et amènent moins promptement la distension du sac; enfin, lorsque l'anchilops prendra la forme conique d'un abcès prêt à s'ulcérer, et présentera une fluctuation évidente, je l'inciserai largement.

III. Mais aussitôt que la dacryo-cystite, soit catarrhale, soit phlegmoneuse, sera devenue chronique, ou lorsque le malade m'offrira dès le commencement les signes d'une dacryo-blennorrhée, ma conduite sera différente : je conseillerai de tenir la tumeur vide, de baigner l'œil à froid, de faire des fumigations aromatiques. Les observations de M. *Lisfranc* démontrent que, dans cette espèce, les sangsues employées tantôt en petit nombre pour activer l'irritation morbide, tantôt en grand nombre pour éteindre l'inflammation, peuvent produire d'excellens effets; cependant, sans réprouver cette méthode, je ne m'en tiendrai pas à elle, du moins exclusivement. Mais n'ayant rien à redouter de l'irritabilité des voies lacrymales, trouvant même, comme M. *Lisfranc*, quelque bénéfice à exciter le travail inflammatoire trop lent pour la résolution, je porterai d'abord dans le canal la sonde solide de M. *Gensoul*, et lorsque celui-ci, dilaté, se prêtera à l'introduction de l'algalie, je me servirai de cet instrument pour faire quelques injections d'eau fraîche ou de liquides plus résolutifs.

IV. Je mettrai encore en usage le même traitement si la fistule est ulcérée, et je ne me croirais obligé de dilater le trajet fistuleux qu'autant que la matière fournie par la muqueuse serait très-abondante, la fistule si tortueuse qu'elle n'empêchât pas l'accumulation du liquide dans le sac, et que la dilatation du canal par la sonde fût également insuffisante pour rendre l'écoulement facile.

V. Si je crois reconnaître que la maladie se complique de la carie de l'unguis, j'insisterai sur le même traitement, et ce ne sera que s'il se montre inefficace et le malade impatient, que je pourrai me décider peut-être à ouvrir largement le sac, et à ruginer l'os malade ou à y porter le feu.

VI. Dans le cas où la tumeur lacrymale, comprimée, se viderait exclusivement dans la fosse nasale, j'en conclurais qu'il y a imperméabilité plus ou moins complète des points lacrymaux; toutefois je

ne désespèrerais pas encore de leur rendre leurs dimensions. Je soumettrais le malade à peu près au même traitement que dans les circonstances précédentes, et peut-être sous l'influence de ces moyens propres à combattre l'inflammation, la muqueuse épaissie des points lacrymaux reviendrait-elle à son état normal. Si, lorsque je n'apercevrais aucun signe de phlegmasie du sac, l'imperméabilité persistait, j'essaierais d'introduire la sonde d'*Anel* par leurs orifices, pour désobstruer les conduits ou les dilater graduellement. Il se pourrait que cet instrument me fît reconnaître une oblitération réelle de leur extrémité dacryo-cystique; je n'hésiterais pas alors à suivre l'exemple de *J.-L. Petit*, c'est-à-dire à pénétrer de force dans le sac lacrymal; mais je n'oserais flatter mon malade de trop d'espérance, dans la crainte d'un cruel désappointement. Les canaux seraient-ils oblitérés dans toute leur étendue, je ne tenterais pas de les rétablir; je n'essaierais pas non plus d'établir, à l'exemple d'*Antoine Petit*, une large communication fistuleuse entre la conjonctive et le sac lacrymal, ou, comme l'a proposé *Bertin*, entre l'angle de l'œil et la fosse nasale, parce que je pense que de semblables ouvertures ne pourraient être entretenues que par la présence de canules qui là, plus que partout ailleurs, seraient nuisibles, en maintenant la conjonctive dans un état d'inflammation, et que je n'atteindrais pas le but que je me serais proposé, le cours des larmes n'étant pas seulement déterminé par leur poids, mais encore par l'action des conduits lacrymaux. Je me contenterais de combattre les complications produites par l'état inflammatoire, et le malade, condamné à un larmoiement incurable, en serait quitte pour vider de temps en temps le sac, s'il se remplissait de mucosités; pour recevoir des fumigations par la narine, dans le but de prévenir le développement d'une nouvelle inflammation; pour insister surtout sur ce dernier moyen, si l'angle de l'œil devenait rouge, ou seulement un peu douloureux, et recourir de nouveau aux soins du chirurgien, si ces précautions étaient insuffisantes.

VII. La tumeur se vide-t-elle exclusivement par les points lacry-

maux, j'ai sans doute à combattre une obstruction du canal. Sans préjudice des autres moyens indiqués, j'essaie d'introduire dans sa cavité une sonde de petit calibre, qui tantôt pénètre jusque vers le sac, et c'est peut-être le cas le plus ordinaire, tantôt s'arrête à une petite distance de l'orifice, tantôt ne peut être insinuée sans effort dans ce conduit. Dans le premier cas, laisser la sonde quelques instans seulement dans le canal, et ensuite tous les deux ou trois jours en introduire une plus volumineuse, jusqu'à ce que la tumeur soit complètement dissipée, voilà la seule indication. Si la sonde rencontre un obstacle, on la laisse quelques minutes en contact avec lui, et un instant après on tente de nouveau, avec douceur et graduellement, de le surmonter. Si l'on ne réussit pas le premier jour, on renouvelle les tentatives quelques jours après; si celles-ci sont vaines, on cautérise. Lorsque la sonde ne peut nullement pénétrer à travers l'orifice membraneux, il arrive qu'en refoulant la muqueuse vers la cavité du canal osseux, elle s'engage assez profondément dans celui-ci pour que le chirurgien puisse reconnaître qu'elle n'est retenue que par les parties molles. Pourquoi alors, puisqu'il faut rétablir le canal et renverser l'obstacle, ne pas saisir l'occasion offerte de le faire, sans irriter toute la surface des voies lacrymales, sans inciser le sac, enfin de la manière la plus simple et la moins désagréable pour le malade? D'ailleurs le déchirement que j'opèrerais, aucune méthode ne m'apprend à l'éviter.

VIII. Le canal est rarement oblitéré de manière à ce qu'on ne puisse le rendre libre par la dilatation et la cautérisation réunies, à moins d'obstacles indépendans du changement de structure de la muqueuse. Si cependant cela arrivait, ou si le canal était rétréci par des exostoses, faudrait-il ouvrir aux larmes une route artificielle? Quoique les exemples de guérison durable, obtenus par ce procédé, ne soient peut-être pas très-nombreux, je me déciderais à le faire, non-seulement sur l'autorité de *Woolhouse*, *Richter*, *Saint-Yves*, et tant d'autres chirurgiens du siècle passé, mais encore sur la foi de M. *Boyer*, qui a trouvé

sur le cadavre d'un homme opéré par lui quatre ans auparavant, suivant cette méthode et sans canule, l'ouverture artificielle parfaitement conservée ; sur l'autorité d'un assez grand nombre d'autres chirurgiens modernes, et entre autres de M. *Gensoul*, dont l'opinion est d'un grand poids pour son élève. Cependant *Beer* et M. *Demours* sont directement opposés à cette pratique. Je perforerais donc l'unguis ; mais je doute que j'y introduisisse une canule.

IX. Si l'obstruction du canal était produite par une tumeur extérieure qui en comprimât l'orifice, nul doute que je ne dirigeasse tous mes efforts contre la cause de l'oblitération.

X. Dans le cas où les conduits lacrymaux et le canal nasal seraient si complètement oblitérés qu'il ne fût pas possible de les rétablir, et que le sac lacrymal, plein de mucus ou d'un liquide séreux, fît saillie au grand angle de l'œil, je n'hésiterais pas à vider la tumeur par une large incision, à panser l'intérieur du sac avec de la charpie, jusqu'à ce que j'en eusse déterminé la suppuration, et détruit en quelque sorte la structure muqueuse ; puis je tenterais de faire adhérer ses parois par la compression, quoique *Petit* ait assez bien démontré les causes qui rendent douteuse l'efficacité de ce procédé.

XI. Pour ce qui est du polype du sac lacrymal et de la véritable hernie, la conduite des deux chirurgiens qui ont observé ces affections me servirait de modèle.

A peine est-il utile d'ajouter qu'aux moyens propres à remplir les indications spéciales que j'ai énumérées j'unirais ceux que l'expérience a démontrés aptes à combattre les causes plus générales auxquelles ces affections paraissent souvent liées. Mais ces moyens restant les mêmes, quels que soient les phénomènes par lesquels se manifeste l'influence de la diathèse, ce n'est pas dans une dissertation toute chirurgicale que les indications qui les réclament doivent trouver leur place.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Qui sæpè et vehementer, absque manifestâ causâ, animo linquuntur, ex improviso moriuntur. *Sect.* 2, *aph.* 41.

II.

In temporibus quandò eâdem die modò calor, modò frigus fit, autumnales morbos expectare oportet. *Sect.* 3, *aph.* 4.

III.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores. *Sect.* 4, *aph.* 53.

IV.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum. *Sect.* , *aph.* .

V.

A plagâ in caput stupor aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

VI.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem, robur, ægrotanti verò, morbus fit. *Sect.* 7, *aph.* 65.